DU

CANCER DU SEIN

STATISTIQUE ET CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES

PAR

A. LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Paris.

BRUXELLES

HAYEZ, IMPRIMEUR DES ACADÉMIES ROYALES DE BELGIQUE

RUE DE LOUVAIN, 112

—

1909

DU

CANCER DU SEIN

STATISTIQUE ET CONSIDÉRATIONS PERSONNELLES

PAR

A. LE DENTU

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Paris.

BRUXELLES

HAYEZ, IMPRIMEUR DES ACADÉMIES ROYALES DE BELGIQUE

RUE DE LOUVAIN, 112

—

1909

Deuxième Congrès de la Société internationale de chirurgie.
Bruxelles, septembre 1908.
[Extrait du *Compte Rendu*, page 223.]

Du cancer du sein. — Statistique et considérations personnelles, par **Auguste Le Dentu**, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Le cancer du sein a bénéficié, comme celui de tous les autres organes de l'économie, de l'agitation qui s'est faite depuis quelques années autour des tumeurs malignes. Il faut reconnaître que, en ce qui le concerne, le grand mouvement est venu des États-Unis. Il était et il reste dirigé par notre distingué collègue M. Halsted, chirurgien de l'Hôpital John Hopkins, de Baltimore. Tous les chirurgiens ont suivi ses travaux d'un œil attentif; quelques-uns se sont associés à ses efforts par des publications similaires pour combattre la cruelle et souvent désespérante maladie. Aujourd'hui le procédé de Halsted est universellement connu. Si tout le monde ne l'a pas adopté dans toute sa rigueur, si quelques-uns ont fait des réserves relativement à la nécessité des investigations très étendues et quelquefois des mutilations qu'il comporte, tous ont rendu justice au principe des larges interventions, dont s'est inspiré le chirurgien américain, parce que de ce principe et aussi de celui des interventions précoces découle la seule thérapeutique efficace des cancers du sein. Dans quelle mesure l'est-elle? De quelle manière doit-on chercher à la perfectionner, en attendant qu'une méhode plus sûre de ses résultats soit venue la supplanter? Tels sont les points que je voudrais examiner.

La justice m'oblige à dire que, déjà depuis longtemps en France,

comme probablement dans beaucoup d'autres pays, certains chirurgiens réglaient leur technique sur ces deux principes et spécialement sur le premier, celui des interventions larges. Heurtaux (de Nantes) affirmait l'an passé que, depuis trente ans, il extirpait avec soin les ganglions axillaires. Il y a presque aussi longtemps, peut-être en réalité à la même époque, Kirmisson, Verneuil et plusieurs autres chirurgiens préconisaient, à Paris, la même pratique. Verneuil recommandait d'enlever toute la peau du sein et de laisser la cicatrisation se faire par réunion secondaire. Avec Volkmann, il insistait sur la nécessité d'abraser la couche superficielle du grand pectoral avec son aponévrose, même lorsqu'il n'y avait pas d'adhérences. On était donc sur la voie des larges interventions; mais, comparativement à la manière dont Halsted les entend, ces timides tentatives n'étaient que les premiers pas dans une voie nouvelle, fructueuse en heureux résultats.

Ce qui appartient en propre à notre collègue de Baltimore, c'est l'extirpation systematique des deux pectoraux, c'est aussi la dissection étendue du cou depuis la clavicule jusqu'à la bifurcation des carotides. Telles sont les deux bases de son procede. L'extension qu'il lui a donnée par d'autres résections musculaires et meme par la suppression du membre supérieur conserve dans sa pensée et dans sa pratique un caractère exceptionnel d'opportunité et de contingence.

Il est donc impossible de parler actuellement du cancer du sein sans parler de Halsted. Aucun opérateur ne peut exposer ses propres résultats et ses idées personnelles sans prendre comme point de départ les publications de notre collègue. Vous me permettrez, pour ne pas trop allonger cette communication, de n'analyser que la dernière. Elle figure dans les *Annals of Surgery*, numéro de juillet 1907.

Sur un total de 297 opérations, Halsted en supprime 65 où l'intervention a été incomplète et d où on ne peut rien déduire relativement à la valeur ultérieure de l'intervention. Restent 232 cas, parmi lesquels 18 sur lesquels il est impossible de fournir des renseignements. Il les fera libéralement figurer dans la catégorie des morts quand il s'agira d'établir le pourcentage des guérisons.

Chez 64 malades, il n'y avait pas d'envahissement ganglionnaire apparent; 45 (soit 70 %) étaient notés comme guéris, mais 6 avaient eu des métastases après ce délai. Sur 15 (soit 23.4 %), des récidives ou des métastases s'étaient montrées avant ce terme. Suivant toute probabilité, des dégénérescences du système lymphatique avaient échappé au cours de l'opération. Sur 110 cas, avec aisselle envahie, il y eut 27 guérisons constatées, comprises entre trois et seize ans,

ce qui donne une proportion de 24.5 %. En ajoutant 11 cas sans renseignements, la proportion tombe à 22.40 %, pas tout à fait un quart.

L'auteur en conclut que 2 cas sur 3 sont curables, opérés dans la première phase de la maladie, et seulement 1 sur 4 après l'envahissement axillaire.

Les résultats des interventions pour les cancers compliqués d'envahissement ganglionnaire axillaire et cervical sont infiniment moins favorables. Sur 44 cas, 3 parurent définitivement guéris. L'une des opérées mourut de pneumonie trois ans et neuf mois après l'opération; une autre succomba au diabète après six ans; la troisième avait douze ans et demi de survie en parfaite santé; une quatrième avait vu apparaitre une récidive après trois ans de guérison apparente. Notons donc que pour Halsted la guérison définitive ou très prolongée n'est pas impossible en cas d'envahissement glandulaire sus-claviculaire.

Le troisième tableau du travail de notre collègue résume ses observations au point de vue des apparences de guérison après trois ans. Il comprend trois ordres de faits :

1° Les cas sans glanglions apparents. Total : 60.

Sur ce nombre, 9 récidives ou métastases, 4 sans renseignements, 51 guérisons après trois ans, soit une proportion de 79.68 %.

2° Les cas avec ganglions axillaires plus ou moins haut situés, le cou restant indemne. Total : 124.

Sur ce nombre, 76 récidives ou métastases, 11 non retrouvés, 3 morts opératoires. Reste 34 guérisons après trois ans, soit 21.41 %.

3° Les cas avec ganglions axillaires et cervicaux pris. Total : 44.

Sur ce nombre, 36 récidives ou métastases, 3 non retrouvés, 1 mort opératoire, 4 guérisons après trois ans, soit 9.09 %.

Veut-on maintenant établir la moyenne des guérisons après trois ans pour ces trois catégories composant la série de 232 faits, on dégage la proportion de 38.72 %. Et si l'on ajoute à ces 232 cas les 65 opérations incomplètes laissées de côté comme impropres à révéler la véritable valeur des interventions, on trouve pour l'ensemble des opérations heureuses ou malheureuses de Halsted une proportion de 29.96 % de cas guéris après trois ans.

J'ai cru nécessaire d'établir ces dernières proportions, afin de pouvoir mieux comparer les résultats de notre collègue avec les miens, mais je veux surtout retenir ceci que, dans les bons cas, sans aucun ganglion apparent, la proportion des guérisons après trois ans est de 79.68 %, et dans les cas où l'envahissement ganglionnaire est seule-

ment axillaire et encore à la portée de la main de l'opérateur, elle est de 27.41 °/₀.

Je ne puis passer outre sans rappeler les résultats de plusieurs autres chirurgiens américains consignés dans le même numéro des *Annals of Surgery*.

Greenough a réuni 576 cas traités à l'hôpital de Massachusetts; 64 opérées vivaient avec des survies allant de trois à treize ans. La proportion des guérisons est de 58.75 °/₀, mais le nombre des cas non retrouvés (untraced) n'est pas indiqué.

Même remarque pour le relevé d'Ochsner (54 femmes vivantes, après trois ans, je suppose, sur 98 cas retrouvés). La proportion est de 55.10 °/₀.

Oliver, renfermant son enquête dans les limites de sa pratique privée, relève 12 opérées vivantes entre trois et dix ans et demi de survie sur 35, ce qui donne 34.28 °/₀.

Cabot retrouve 23 opérées vivantes après trois ans sur 42 cas de sa pratique privée, soit 54.76 °/₀.

Les déclarations de Pilcher voudraient offrir un encouragement à l'adresse des chirurgiens qui doutent du succès du moment que les ganglions sus-claviculaires sont atteints, mais elles sont manifestement entachées d'optimisme. Dans une première série de 10 cas offrant cette complication, il y eut des guérisons de sept ans, neuf ans et sept ans; ces deux dernières malades vivaient encore. Dans une autre série de 15 cas, 3 malades seulement, dont une en état de récidive hépatique, avaient dépassé trois ans; pour 3 autres, le temps écoulé n'était pas suffisant pour autoriser une appréciation quelconque.

Enfin Ransohoff, en méfiance à l'endroit des récidives tardives et plutôt enclin au pessimisme, affirme que 30 °/₀ seulement des opérées dépassent la limite conventionnelle de trois ans sans présenter de récidive.

Les diverses statistiques m'offriront une base précise pour une comparaison avec mes résultats, quoiqu'on puisse dire que, d'une façon générale, les statistiques émanant de chirurgiens différents sont loin d'être rigoureusement comparables entre elles.

En 1902, dans un opuscule où j'ai envisagé brièvement les divers aspects de la question du cancer du sein, j'ai inséré et analysé avec la plus grande rigueur possible tous les cas de ma pratique privée, au nombre de 57, tous les cas opérés, j'entends, car un certain nombre d'autres cas, que j'avais jugés inopérables avaient été écartés. Combien? Je ne saurais le dire exactement, quoique j'en eusse relevé une quinzaine sur mon registre de consultations.

Après déduction de 4 malades sur lesquelles je ne pouvais fournir des renseignements précis, il en est resté 53 dont l'histoire a pu être présentée d'une façon absolument complète. Je comptais alors 36 mortes et 17 survivantes.

L'année dernière, revenant sur ma statistique qui datait de six ans, j'ai fait connaître la situation de mes opérées survivantes, sauf 2 que je n'ai pas retrouvées et qui, en juillet 1901, avaient déjà respectivement douze ans deux mois et douze ans cinq mois de survie. Sur les 17, il y en avait 7 de mortes et 10 vivaient encore.

Pour l'ensemble de mes 53 interventions, dont plusieurs avaient eu lieu dans des conditions tout à fait mauvaises, comportant presque des contre-indications formelles, la survie moyenne avait été, en 1901, de quatre ans quatre mois et quinze jours.

Les 26 cas où la survie, avec ou sans récidive ou métastase, avait dépassé trois ans, représentaient une proportion de 49.05 %, presque la moitié. Quant aux 17 survivantes, 7 avaient été opérées depuis trois ans ou moins de trois ans, 10 depuis plus de trois ans, et la moyenne de leur survie, qui s'étendait de trois à treize ans passés, était alors de neuf ans et cinq mois.

En 1907, date d'une communication à l'Académie de médecine, 7 de ces survivantes de 1901 avaient succombé après des survies variant entre trois ans moins un mois et seize ans. Cette dernière a dû être emportée par une maladie intercurrente.

Sur les 10 survivantes, 2 avaient échappé à mon enquête, et les 8 autres avaient des survies s'étendant entre six ans et dix neuf ans. Aucune ne portait des lésions de récidive ou de généralisation.

L'addition de 6 cas nouveaux, dont 5 mauvais à priori et 1 très favorable, terminé par des phénomènes urémiques intercurrents deux ans et 9 mois après l'intervention, a influencé désavantageusement certaines des proportions précédentes. On en jugera par le tableau suivant, que j'ai composé en fusionnant les morts survenues antérieurement à 1901 avec celles qui se sont produites jusqu'à ce jour.

Total des morts sur 59 opérations : 48.

Survie de 5 mois à 3 ans	. . . .	25
— 3 à 4 ans	. . . . .	4
— 4 à 5 ans	. . . . .	8
— 5 à 6 ans	. . . . .	2
— 6 à 7 ans	. . . . .	2
— 7 à 8 ans	. . . . .	1

Survie de 8 ans	1
— 9 à 10 ans.	2
— 10 ans	1
— 13 à 14 ans	1
— 16 ans	1
TOTAL. . .	48

En résumé, 25 morts à trois ans ou en deçà : 52.08 °/₀; 23 guérisons entre trois et seize ans, 47.91 °/₀.

Voici maintenant quelle était, en 1907, la situation de mes 8 survivantes dont je pouvais me porter garant. Les numéros sont ceux des observations de mon opuscule :

Observation n° 57. — Survie : 6 ans.
— 56. — Survie : 6 ans et 2 mois.
— 54. — Survie : 6 ans et 10 mois.
— 45. — Survie : 10 ans.
— 42. — Survie : 10 ans et 7 mois.
— 28. — Survie : 15 ans et 8 mois.
— 18. — Survie : 18 ans 10 mois et 15 jours.
— 17. — Survie : 19 ans 1 mois et 15 jours.

MOYENNE : 11 ans 7 mois et 26 jours.

Depuis 1907, je n'ai qu'une survivante à ajouter à cette liste. L'opération date pour elle de quatre ans passés. Une grave récidive a été complètement enrayée, suivant toute apparence, par les rayons X.

Comme j'aurais été certainement prévenu de la maladie ou de la mort de 7 d'entre elles, et que certaines raisons m'autorisent à croire que les deux autres continuent à se bien porter, il y a lieu d'ajouter un an et 8 mois (de janvier 1907 à septembre 1908) aux survies indiquées plus haut; mais à ceux qu'une probabilité, même très plausible, ne satisferait pas, le tableau précédent offre une base d'appréciation très approximativement exacte.

Si l'on compte l'addition de vingt mois que je crois légitime, la moyenne de la survie pour les 8 opérées sans aucune trace de récidive se trouve portée à treize ans et quatre mois environ.

D'autre part, les 9 survies au delà de quatre ans représentent, par rapport à mes 59 observations, une proportion de 15.25 °/₀ ou un sixième et demi.

Les 8 survies sans récidive ni métastase ayant déjà dépassé sept ans représentent 13.56 % de l'ensemble.

Mais il y a une manière beaucoup plus rigoureuse et plus parlante de dresser devant vos yeux le bilan complet de mes résultats. Elle consistera à fusionner les survies des mortes et des vivantes, des mortes pour lesquelles le point final a été mis, des vivantes à qui les longs espoirs sont encore permis.

Dans le tableau qui suit, je ne ferai figurer que les résultats au delà de quatre ans. La base de trois ans acceptée généralement depuis Volkmann ne répond vraiment plus aux conditions actuelles. Je ne commence à être un peu satisfait de mes interventions que lorsque j'ai pu assurer à mes opérées quatre ou cinq années de guérison franche.

Survies des mortes et des vivantes réunies :

Durée.	Totaux.	Pourcentages.
Au delà de 4 ans.	28	47.45
— 5 ans.	19	32.20
— 6 ans.	17	28.81
— 7 ans.	12	20.33
— 8 ans.	11	18.64
— 9 ans.	10	16.94
— 10 ans.	8	13.55
— 13 ans.	5	8.47
— 15 ans.	4	6.77
— 16 ans.	3	
— 18 ans.	2	
— 19 ans.	1	

Chacun des totaux renferme naturellement tous les suivants.

On voit ainsi clairement le nombre des opérées encore vivantes après chacun des délais. Ceux d'entre vous qui préféreraient s'en tenir à mes chiffres de survie de janvier 1907 n'auraient qu'à diminuer faiblement les pourcentages pour les ramener à la certitude absolue.

Est-ce une illusion de penser qu'avec ses 47.91 % de survies au delà de trois ans, sa moyenne dûment établie en janvier 1907 de onze ans sept mois et vingt-six jours pour mes 8 survivantes, ses durées de guérison atteignent seize ans pour les mortes, dix-neuf ans passés pour les vivantes, et certainement davantage pour plusieurs, ses 47.45 % de

vie assurée pour le groupe commun des mortes et des vivantes, enfin ses 6.77 % de quinze et vingt ans, c'est-à dire un quatorzième de mes opérées, ma statistique peut supporter la comparaison avec celles que j'ai analysées plus haut.

Quelle technique m'a donné ces résultats? Une technique à coup sûr beaucoup moins parfaite ou moins compliquée que celle de Halsted, puisque beaucoup de mes interventions remontent à une époque où il n'était question ni de la résection systématique des muscles pectoraux, ni de la dissection méthodique du cou jusqu'à la bifurcation de la carotide primitive.

Est-ce à dire que ces additions aux procédés classiques antérieurs n'ont pas d'utilité? J'aurais garde de prononcer sur elles un jugement aussi téméraire, mais je ne craindrai pas de dire qu'elles ne peuvent améliorer notablement les résultats dans les cas défavorables *a priori* par suite de l'ancienneté déjà trop grande des lésions.

Une statistique récente, due à Heurtaux, de Nantes, certainement une des plus complètes et des plus consciencieuses que nous possédions, vient dans une large mesure à l'appui de mes réserves. Elle comprend 341 cas et résume toute la pratique déjà longue de mon distingué collègue.

Depuis plus de trente ans, je l'ai déjà dit, Heurtaux enlève, sans aucune discontinuité de tissus, le sein et les ganglions axillaires, et ses résultats supportent la comparaison avec les résultats moyens consignés dans n'importe quelle statistique. Il a pu avoir des renseignements sur presque toutes ses opérées, sauf 28, ce qui donne à ses pourcentages déduits de 313 faits une valeur indiscutable; mais comme les renseignements n'ont été très précis que sur 284 opérées, Heurtaux prend ce chiffre comme base des calculs, et il dresse les deux tableaux suivants qu'il y a grand intérêt à reproduire ici :

Sur 284 malades, 123 ont vécu plus de quatre années après l'opération et un certain nombre vivent encore.

Mortes de cause indéterminée de 4 à 9 ans après l'opération	6
Restées guéries, vivantes, de 4 à 27 ans	43
Mortes sans récidives, de 5 à 27 ans	19
Ayant des récidives, mais encore vivantes, de 4 à 30 ans .	6
Mortes de récidive, de 4 à 22 ans	49
TOTAL. . . .	123

Voici maintenant le pourcentage des malades survivantes à des

époques variables : quatre ans, huit ans, dix ans, quinze ans, vingt ans et plus après l'opération.

Malades vivantes	4 ans	après l'opération :	123	soit	43.30 %
—	8	—	48	—	16.9 %
—	10	—	35	—	12.32 %
—	15	—	23	—	8.1 %
—	20	—	7	—	2.46 %

Après quinze ans, on constate que 8 % des malades sont encore vivantes.

Rapproche-t-on cette statistique de la mienne, on trouve que les deux séries de chiffres se superposent presque parfaitement. Seulement j'ai fait mes calculs sur la base fournie par 59 cas sur 63, tandis que Heurtaux n'a considéré que 284 cas sur 341 représentant son total.

Je rappelle mes résultats indiqués plus haut.

Survies des mortes et des vivantes réunies :

Au delà de	4 ans	47.45 %
—	8 ans	18.64 %
—	10 ans	13.55 %
—	15 ans	6.77 %

Il est à remarquer que tous mes pourcentages sont un peu supérieurs à ceux de mon collègue. Or ce dernier s'en est toujours tenu à l'ablation combinée du sein et des ganglions axillaires, tandis que, depuis plus de vingt ans, j'enlève en plus la couche superficielle du muscle grand pectoral, même dans les cas les plus simples, et depuis plusieurs années, je sacrifie toujours au moins le faisceau sternal du grand pectoral, quelquefois le muscle entier et le petit pectoral Enfin, dans les cas douteux, je fais l'exploration du creux sus-claviculaire et j'en extirpe autant que possible le tissu adipeux.

Ainsi s'accuse la supériorité des opérations encore plus larges que le procédé employé antérieurement à la technique de Halsted.

Reste à savoir si celle-ci, appliquée avec rigueur et poussée jusqu'à ses dernières limites, donne tout ce qu'on pouvait attendre d'elle. Sans doute, rien ne peut être plus logique que de poursuivre les propagations du cancer aussi loin que le permettent la disposition des régions avoisinant le sein et la résistance des malades aux grands traumatismes. Malheureusement, lorsque cette technique est particulièrement indiquée, les infiltrations traitresses vers le cou, les médiastins ou les espaces intercostaux, que ne révèlent ni les yeux ni les doigts,

sont déjà, à peu près inévitablement, un fait accompli. L'infection de l'organisme par la voie de l'appareil lymphatique, latente plus ou moins longtemps, se manifeste surtout alors par des productions intra-thoraciques, médiastinales ou pleurales, ou par des métastases éloignées, et l'on voit succomber, avec des cancers viscéraux et osseux ou avec des tumeurs ganglionnaires, des malades restees absolument indemnes de toute récidive locale.

Le temps cervical de l'opération de Halsted est donc fréquemment condamné à l'impuissance, parce qu'il vise l'impossible, à savoir l'extirpation de lésions invisibles, intangibles, ayant déjà dépassé le champ d'action du bistouri. Voilà pourquoi le résultat global de ses interventions n'est pas meilleur que celui des interventions moins ambitieuses. Il est même un peu inférieur, parce que Halsted ne craint pas de s'attaquer aux plus mauvais cas; ceux-ci pèsent lourdement sur le tout par l'insuccès presque constant de ces efforts louables mais infructueux.

Ce qu'il faut mettre en relief, ce sont les résultats fournis par les interventions dans les cas très favorables ou moyennement favorables. Les ganglions axillaires font-ils défaut, c'est 79.68 % de guérisons apparentes après trois ans qu'on peut espérer, d'après les pourcentages les plus récents de notre collègue américain. Les ganglions axillaires sont-ils envahis plus ou moins haut et plus ou moins profondément, la proportion des succès tombe à 27.41 % Prend-on la moyenne pour ces deux catégories, on se retrouve à 53.54 %, chiffre sans doute supérieur aux 47.91 ou 48 % de survies de trois ans et plus de ma statistique, mais qui ne représente que les cas bons ou moyens de la pratique de Halsted. Cette moyenne tombe à 38.75 % si l'on envisage l'ensemble de ses résultats au point de vue curatif et non pas seulement palliatif.

La conclusion me paraît aisée après ces considérations inspirées, ai-je besoin de le dire, du désir le plus sincère de dégager la vérité aussi nettement que possible.

L'opération de Halsted constitue certainement un grand progrès dans le traitement opératoire des cancers du sein. Il mérite toute sa vogue, mais il est passible de certaines restrictions.

Quand le néoplasme est tout à fait à son début, quand son volume n'excède pas celui d'une noisette, quand la peau n'est nullement adhérente, quand le mamelon n'est nullement rétracté, quand l'examen le plus minutieux ne révèle pas le moindre ganglion dans l'aisselle, est-il nécessaire de réséquer les deux pectoraux et de disséquer toute la région cervicale ? Je ne le crois pas, et il me semble qu'on peut se contenter de l'extirpation totale du faisceau sternal du grand pectoral

et de l'évidement attentif de l'aisselle jusqu'au point le plus élevé L'exploration du creux sus-claviculaire complète utilement l'opération.

Les néoplasmes même petits, haut placés, comme ceux qui sont parvenus à un stade plus avancé, nécessitent des sacrifices plus larges : extirpation de tout le grand pectoral, exploration plus attentive du creux sus-claviculaire.

Dans tous les cas où il y a des ganglions axillaires haut placés, l'opération complète s'impose : ablation des deux pectoraux, dissection minutieuse de la région sus-claviculaire.

Les ganglions sus-claviculaires ne constituent pas, comme jadis, une contre-indication à l'intervention, mais il ne faut pas se faire d'illusions sur les suites. Pour mon compte, j'ai toujours constaté la récidive plutôt rapide après des tentatives de ce genre, et je reste passablement sceptique à l'égard des guérisons de longue durée. Si elles ne sont pas absolument impossibles, on doit, d'une façon générale, compter sur l'insuccès. La propagation des éléments cancéreux se joue des dissections les plus habiles.

Enfin, lorsque le néoplasme a envahi les téguments, gagné la cage thoracique, l'aisselle jusqu'à la clavicule, le cou sous la forme d'un chapelet de ganglions, faut-il encore agir? Je suis convaincu que les malades n'ont rien à gagner aux résections costales et sternales et claviculaires, ainsi qu'à la désarticulation de l'épaule. Bien au contraire, et je repousse formellement cette chirurgie de désespoir qui ne peut rien donner de bon. Je m'éloigne ainsi nettement de Halsted, à qui son besoin méritoire de lutte acharnée contre le cancer fait considérer ces entreprises hasardées comme parfaitement légitimes, et qui ne craint pas de parler de la désarticulation de la hanche pour arrêter la propagation du mal, vers les profondeurs du corps, par les voies lymphatiques des téguments.

Contre les récidives larges et les envahissements à grande distance du sein, nous avons mieux que le bistouri à outrance dans l'emploi des rayons X, peut-être aussi du radium et de la fulguration. Faute de mieux, il faut avoir le courage de désarmer et de recourir sans hésitation aux différents procédés de la médication palliative.

Hayez, imprimeur, Bruxelles.